Aus der Universitäts-Ohrenklinik.
(Direktor: Prof. Dr. Hinsberg.)

Über die Osteome des Oberkiefers.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Kurt Grüning,
Vol.-Assistent an der Universitäts-Ohrenklinik, Breslau.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Hinsberg.

Bei den Knochenneubildungen kann man Osteophyten, Exostosen, Peri- und Hyperostosen unterscheiden, von denen die ersten nur lose Granulationen darstellen, während die beiden letzteren mehr allmählich in den gesunden Knochen übergehen. Die Exostosen, die scharf begrenzt sind, teilt man in elfenbeinerne, meduläre und spongiöse ein. Sie können sowohl vom Knochen als auch von irgendeiner bindegewebigen Substanz ausgehen, beim ersteren wiederum entweder von der Oberfläche als Exostosen oder von der Diploe als Enostosen.

Die multiplen kartilaginären Exostosen sind am Schädel so gut wie gar nicht beobachtet worden. Als Grund hierfür ist vielleicht die abweichende Entwicklung der Gesichtsknochen aus Bindegewebe anzuführen, wobei nur die Nasenkapsel knorplig angelegt ist.

Die Kiefer sind der Lieblingssitz der periostalen Osteome, die erstens von der Außenseite des Knochens ausgehen. Hierher gehört der Fall der P. aus der hiesigen Klinik, bei der sich in ca. 1½ Jahren am rechten Nasenfortsatz ein etwa pflaumengroßes Osteom entwickelt hatte. Bei der Operation wurde die Kieferhöhle normal gefunden. Der pflaumengroße Tumor bestand aus spongiösem Gewebe und ging allmählich in normalen Knochen über.

Daneben kommen auch Enostosen vor, die sich sowohl nach außen als auch in das Antrum hinein ausbreiten und von den Exostosen oft schwer zu unterscheiden sind, wenn sie die Cortikalis durchbrechen.

Als zweites kommt der Sitz der Osteome am Alveolarfortsatz in Betracht, wo in zwei Fällen die Tumoren erst durch Zahnextraktion entstanden sein sollen.

Ganz verschieden von diesen beiden Arten sind die Osteome, die von der Kieferhöhle ausgehen. Ganz kleine Geschwülste werden als Nebenbefund bei Sektionen gefunden. Die größeren sind meist dünn gestielt, durchbrechen oft die Wandung und können Eiterungen verursachen. Diese führen dann zu den sogenannten toten Osteomen Tillmanns, die als nekrotische Knochensequester frei in der meistenteils erweiterten Kieferhöhle liegen. Es besteht nun die Frage, sind sie im Periost entstanden, oder hat sich der knöcherne, eventuell auch knorpelige Stiel, sei es durch Trauma, sei es durch Eiterung gelöst.

Die Osteome der Oberkiefer sind zum größten Teil von elfenbeinerner Beschaffenheit in konzentrischer Schichtung. Spongiöse Substanz allein oder beide zugleich sind selten. Der Überzug ist meist periostartiges Bindegewebe. Die Gestalt ist knollig, doch kann die Umgebung Eindrücke hinterlassen.

Der Ansatz ist bald breit, bald gestielt, ein multiples Auftreten häufig.

Die Osteome treten meist im zweiten Lebensjahrzehnt auf und vollenden ihr überaus langsames Wachstum mit dem Aufhören des Knochenwachstums. Ein schnelleres Größerwerden ist atypisch. Sie können etwa Faustgröße erreichen, doch findet man auch ganz kleine Tumoren.

Beschwerden machen sie namentlich an der Außenseite des Oberkiefers wenig. Schmerzen treten nur bei Quetschung von Nerven auf. Im übrigen können die Tumoren durch Druck nicht nur den Tränennasengang und die Tube, sondern auch die Nase selbst verlegen. Bei den Antrum-Tumoren kommt namentlich ein Durchbruch in die Orbita in Frage, seltener ins Gehirn. Ebenso können die Zähne stark in Mitleidenschaft gezogen werden.

Die Prognose ist durchaus günstig. Rezidive sind selten, Metastasen gar nicht beobachtet worden. Eine maligne Entartung in Sarkom ist zweifelhaft, doch gibt es Fälle, die sich in dieser Richtung deuten lassen.

Für die Entstehung gilt entweder die Kohnheimsche Theorie, daß die Tumoren aus abgesprengten, selbständig wuchernden Zellkomplexen entstehen, oder die Virchowsche Reiztheorie. Ein mechanisches Trauma ist kaum anzunehmen, wenn es auch in der Anamnese häufig erwähnt wird. Wie weit die Zähne jedenfalls

an der Entstehung einzelner Osteombildungen beteiligt sind, sei dahingestellt. In einzelnen Fällen, wo die Zahnwurzeln sehr hoch hinaufreichten, sind derartige Gebilde beobachtet worden. Caries der Zähne, ebenso wie Erkältung, Rachitis, Lues sind wohl auszuschließen.

Demgegenüber stehen die entzündlichen Neubildungen, wie wir sie namentlich bei der Periostitis ossificans finden. Auch gewisse Fälle von Osteomyelitis und Aktinomykose können zur Verwechslung Anlaß geben. Bei Lues finden wir richtige Exostosenbildung, die aber mit den eigentlichen Geschwülsten nicht identisch ist. Auch bei Tuberkulose wurde eine geschwulstartige Form am Oberkiefer beschrieben.

Noch nicht ganz entschieden ist die Frage der Leontiasis ossea Virchows, die bald zu den eigentlichen Tumorbildungen, in letzter Zeit jedoch zur Ostitis fibrosa gerechnet wird. In ihren Anfängen kann sie von einem Osteom nicht unterschieden werden. Vielleicht gehören etliche als Osteome beschriebene Fälle hierher.

Zum Schluß seien noch die Zahngeschwülste erwähnt, die Odontome, die aus Dentin, und die Dental-Osteome, die aus Zement bestehen. Sie beide können unter Umständen Knochenneubildungen vortäuschen.